

UNIVERSITÉ PARIS VI
FACULTÉ DE MÉDECINE BROUSSAIS - HOTEL DIEU

Année 1971

N°

THESE
pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'État)

par

Marc HERMANT
Né le 15 Octobre 1944 à ALBERT - 80

Présentée et soutenue publiquement le 26-2 1971

**LE CAHIER DE RAPPORT INFIRMIER
A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE**

Président : Monsieur le PROFESSEUR E. HOUSSET



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554017_0014

FACULTE DE MEDECINE - BROUSSAIS

Année 1971

N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(diplôme d'état)

par

Marc HERMANT

Né le 15 Octobre 1944 à ALBERT - 80

Présentée et soutenue publiquement le

1971

LE CAHIER DE RAPPORT INFIRMIER

A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE

Président : Monsieur le PROFESSEUR E. HOUSSET

UNIVERSITY OF LEIDEN

1871

1871

1871

UNIVERSITY OF LEIDEN

(1871-1872)

1871

1871

UNIVERSITY OF LEIDEN

UNIVERSITY OF LEIDEN



UNIVERSITY OF LEIDEN

UNIVERSITY OF LEIDEN

UNIVERSITY OF LEIDEN

A Monsieur le Professeur HOUSSET
qui nous a reçu avec intérêt
et bienveillance et qui a ac-
cepté de présider cette thèse.

A Monsieur le Docteur FLAVIGNY
à qui nous adressons nos plus
profonds remerciements pour
la qualité de son enseignement
et pour son désir réel de pro-
mouvoir une psychiâtrie adaptée
aux besoins humains.

A Monsieur le Docteur KOECHLIN
qui, conscient de l'absurdité
du système asilaire, a pleine-
ment contribué à la transforma-
tion radicale des méthodes de
soins.

A Madame le Docteur BLANC

Le séjour dans votre
Service a été pour moi
l'occasion d'enseigne-
ment précieux.
Croyez en l'expression
de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur JEANNAU

Votre exemple et la
clarté de votre enseigne-
ment m'ont beaucoup appris.

Nous dédions cette thèse à tous les
infirmiers de l'Hôpital C.. et plus parti-
culièrement ceux des pavillons Corail et
Jaune.

A tous les pensionnaires qui liront
cette thèse.

A ma mère et à mon père,
qu'ils trouvent ici le témoignage de mon
affection et de ma reconnaissance.

A mes frères,

A ma soeur,

A mes belle-soeurs,

A mes beaux-parents,
dont le soutien affectueux à mon égard ne
m'a jamais fait défaut.

Aux OUBRE

A CHRISTINE QUE J'AIME.

"Nous sommes tous dans le même bateau,
sur une mer déchaînée, et nous nous
devons l'un à l'autre une terrible fidélité.."

(CHESTERTON)

La compréhension n'est pas une qualité venue du dehors à la réalité humaine, c'est sa manière propre d'exister. Ainsi, la réalité humaine qui est moi, assume son propre être en le comprenant. Cette compréhension, c'est la mienne. Je suis donc d'abord un être qui comprend plus ou moins obscurément sa réalité d'homme, ce qui signifie que je me fais homme en me comprenant comme tel. Je puis donc m'interroger et sur les bases de cette interrogation, mener à bien une analyse de la "réalité humaine".

J.P. SARTRE

(Esquisse d'une théorie des émotions)

PLAN

AVANT-PROPOS

ORIGINE DE CETTE ETUDE

METHODOLOGIE

LE CAHIER DE RAPPORT, SON EXISTENCE JURIDIQUE

PREMIERE PARTIE

INTRODUCTION

POLE MEDICAL

I - LE TRAITEMENT

- 1 Le bon et le mauvais objet
- 2 La routine thérapeutique
- 3 Les médicaments, support de l'agressivité des soignants et des soignés
- 4 La thérapie
- 5 Médicalisation
- 6 Désir de contrôle

II - LA NOURRITURE

III - LE TRAVAIL ET L' ERGOTHERAPIE

- 1 L'intérieur et l'extérieur
- 2 Occupations et thérapie
- 3 Le clivage
- 4 L'installation
- 5 Les recherches de travail

IV - REUNIONS ET ACTIVITES

V - ETAT PHYSIQUE

VI - RELATION DES MALADES ENTRE EUX

VII - RELATION MEDECIN-INFIRMIER

VIII - OBSERVATIONS CLINIQUES

POLE DISCIPLINAIRE

- I - LES ALCOOLIQUES ET LES ETATS D'IVRESSE
- II - FUGUES
- III - VOL ET DETERIORATION
- IV - AGITATION
 - 1 Intervention des Infirmiers
 - 2 Intervention de l'Interne
 - 3 Intervention des malades
 - 4 Agression envers les Infirmiers

SEXE ET SUICIDE

- I - INCIDENTS A CARACTERE SEXUEL
- II - SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE

DEUXIEME PARTIE

INTERPRETATION

INTRODUCTION

ANXIETE FACE A LA MALADIE MENTALE

DUALITE HOSPITALIERE

POINT DE VUE DU SOIGNANT

POINT DE VUE DE L'INTERNE

LE DEPARTAGE DES EXPERIENCES

CONCLUSION

AVANT - PROPOS

Cette étude a été faite dans un hôpital psychiatrique départemental de la région parisienne. Les méthodes appliquées dans ce nouvel hôpital essaient par leur souplesse de créer une psychiatrie humaine où l'individu peut se resituer en tant qu'homme et non en tant qu'objet. La mixité n'existe pas au sein des pavillons mais les malades circulent très librement à l'intérieur comme à l'extérieur de l'enceinte de l'hôpital. Aucune porte n'est fermée excepter celles des parties administratives et médicales, bien que l'hôpital soit régit par la loi de 1838.

Le cahier de rapport existe au niveau de chaque pavillon. Il se présente comme un cahier ordinaire sans marque particulière. Il n'a plus rien de son aîné, le grand cahier noir que le surveillant présentait chaque matin au médecin. Il n'est pas sans signification de voir que la suppression de ce rituel a opéré un déplacement du cahier vers le bureau des infirmières. Les surveillants ont leur cahier dans leur bureau central. C'est eux qui règlent les problèmes administratifs.

ORIGINE DE CETTE ETUDE

Nous nous sommes nous intéressés aux cahiers de rapport infirmier au point d'en faire une thèse . On peut se demander pourquoi ?

Nous sommes à l'Hôpital C. depuis bientôt deux ans, et ce n'est pas sans difficultés que nous essayons d'y voir clair. Notre désir actuel est de rassembler notre expérience, c'est-à-dire de la questionner dans ses nombreuses contradictions, ses impasses, ses leures, ses pièges. Ceci dans notre intérêt et dans celui des personnes qui travaillent avec nous aux soins des malades.

Il nous fallait un document écrit qui ait une histoire où l'on pourrait y lire l'évolution et la transformation de l'Institution dans tous ses signes de vitalité et de mort.

Le rapport nous a intéressés (par tout son aspect quotidien, répétitif, quasi rituel, presque policier dans la mesure où tous les détails de la vie des malades peuvent y être inscrits), et par son aspect indispensable à toute communication au niveau des soignants.

Sans rapport que ferait-on ? Le rapport est riche de contradictions institutionnelles.

Notre intention du premier moment consiste davantage à utiliser les cahiers de rapport pour rassembler nos propres idées, les assoir, les clarifier, faire le lien avec notre pratique, plutôt que de faire une étude approfondie ou un inventaire précis du contenu. Nous ne dirons que ce qui a déjà été dit et

nous nous excusons du côté incomplet de cette étude.

Il n'est peut-être pas intéressant pour nous de faire le travail d'un collectionneur. Ne s'agit-il pas de savoir qui on est ? De pouvoir le dire et de ne pas mourir ?

Quant on lit le rapport de l'hôpital psychiatrique, on se pose très vite la question de savoir de qui on parle ?

Du malade, bien sûr, il est question de lui à chaque instant, mais cette réponse nous apparaît déjà comme très insuffisante et nous tenons à le préciser dès maintenant. Ce cahier, qui est le rapport que font journallement les infirmiers au médecin, dépasse son projet initial. Il est davantage qu'un simple rapport médical. Il s'articule à plusieurs niveaux de l'institution.

Notre investigation sur les cahiers de rapport n'essayera pas tant de répondre à des questions. Nous en serions bien incapable. Mais plutôt d'essayer de formuler de plusieurs manières différentes, certaines impasses de la vie institutionnelle.

Nous dirons aussi, car c'est une de nos préoccupations actuelles, que dans cette brève réflexion, il s'agit de sujets soignants ou soignés, et que c'est bien en tant que tels, que nous écrivons.

METHODOLOGIE

Vous marchez sur un sentier, votre regard balaye un paysage. Vous pouvez en faire plusieurs descriptions, soit agricole, forestière, géologique. Vous pouvez décrire les couleurs ou les formes. Soudain, vous découvrez que là il y a des milliers d'années devant vous, il y avait un lac, une vallée glaciaire. L'espace et le temps se confondent. La compréhension embrasse la réalité à la manière d'un feu de broussailles, laissant derrière lui des vestiges calcinés. La réalité s'est réduite à une autre réalité, plus cachée et plus sensée.^x

Dans une journée, il y a mille phénomènes dans un pavillon, concernant aussi bien les entrants du jour que ceux qui sont là depuis plusieurs années. Dans le cahier de rapport, il y a une ou deux pages ; pour questionner les malades et les réfléchir, nous irons à la manière d'un archéologue sur le sentier.

LE CAHIER DE RAPPORT, SON EXISTENCE JURIDIQUE

Il n'est pas mentionné dans la loi de 1838. Par contre, nous le trouvons dans le Règlement modèle des Hôpitaux Psychiatriques - Arrêté Ministériel du 5 FEVRIER 1953, modifié par les arrêtés du 20 MARS 1953, puis du 14 FEVRIER 1959 et du 13 MARS 1962. Ce cahier est peu différent de celui de 1857.

^xD'après Claude LEVIS-STRAUSS.

Section IX "Médecins - Chefs de Service"

- Art. 78

Le médecin chef de service règle le traitement et a seule qualité pour prescrire les bains et douches de traitement et il a également, à titre exceptionnel, seule qualité pour prescrire le placement en chambre d'isolement et l'emploi des moyens de contrainte. Mentions de ces dernières mesures sera portée sur un cahier spécial et sur le rapport quotidien du surveillant ou de la surveillante de section.

Section XV "Personnel secondaire et subalterne du service médical"

- Art. 121

Les chefs de quartiers ... sont chargés ... de la rédaction du cahier des rapports quotidiens relatant toutes les particularités du Service dans leur quartier.

- Art. 122

Les rondes du Service de nuit donnent lieu à un rapport quotidien fait au surveillant de section et soumis au visa du médecin chef de service en même temps que les enregistrements des appareils de contrôle.

- Art. 123

Chaque matin, avant la visite, le surveillant ou la surveillante de section, par un rapport écrit, consigné à la suite de la feuille du mouvement journalier de la population, rend compte au médecin chef de service de tous les faits observés depuis la veille et du fonctionnement de leur service en ce qui concerne les malades et le personnel.

Note

Ces rapports établis sur un volume relié et non sur des feuilles journalières, classées par année, sont répertoriées aux archives générales et conservées aux archives des services médicaux.

Si dans un intérêt de sûreté, les chefs en question se trouvent forcés de recourir d'urgence aux moyens de contrainte, ils doivent immédiatement en rendre compte à l'Interne du service ou à l'Interne de garde en même temps qu'au surveillant ou à la surveillante de section, ceux-ci sont tenus d'en porter mention dans le rapport quotidien.

Que peut-on tirer de ce texte en ce qui nous concerne ?

Il est clairement dit qu'il s'agit d'un document médical ceci est très important. Il est rédigé par le chef de quartier à l'adresse du médecin à propos du fonctionnement du service.

Si l'on parle de document médical c'est qu'il y a un projet thérapeutique. Le cahier de rapport y participe directement en ce sens qu'il fournit des descriptions multiples et précises sur l'état des divers malades. Une étude nosographique à partir de ces cahiers serait possible mais ce n'est pas notre intention.

A la demande de qui soigne-t-on ? Car les institutions psychiatriques sont régies par la loi de 1838 qui peut autoriser l'hospitalisation d'individus contre leur volonté.

La dialectique de l'institution est-elle réductible à la dialectique de la guérison ? Devons-nous chercher ailleurs la raison d'être des hôpitaux psychiatriques ? Les questions peuvent être angoissantes.

- que vaut le discours médical ?
- que dessert-il par son idéologie ?
- la fonction de médecin-directeur est l'ambiguïté de notre société historique.
- est-ce possible sans scandale ?

PREMIERE PARTIE

INTRODUCTION

Nous classerons le contenu dans un certain nombre de chapitres. Il est toujours malaisé de faire un inventaire car les chapitres sont arbitraires. Le seul intérêt est une plus grande clarté dans notre exposé.

Dans un premier chapitre intitulé Pôle Médical, nous essayerons d'éclaircir ce qui a un contenu médical à visée thérapeutique.

Dans un second chapitre intitulé Pôle Disciplinaire ce qui se présente comme une intervention autoritaire et disciplinaire.

Dans un troisième chapitre, nous parlerons du problème du sexe et du suicide qui sont deux pôles marginaux.

POLE MEDICAL

I - LE TRAITEMENT

1 - Le bon et le mauvais objet.

Peut-on imaginer une institution psychiatrique sans traitement médicamenteux ?

De telles institutions existent mais elles sont rares.⁺ Le traitement est une fonction médicale, c'est une "nourriture" qui soigne, elle peut être vécue par les soignants ou les soignés comme bonne, indispensable ou mauvaise, voire dangereuse. Par son intermédiaire, l'équipe soignante agit ; elle soigne, agresse, contrôle et se rassure. Le traitement est une médiation dans la relation soignant-soigné. Le cahier de rapport fait référence constamment à ces diverses fonctions.

2 - La routine thérapeutique.

"Mr K Sirop de phénergan à 4 heures".

"Mr V Sirop pectoral à 4 heures".

"Mr D 37°8

Le rapport de veille établit une liste qui signale que Mr K. a pris du Phénergan à 4 heures du matin et que Mr D. fait de la température. La prise de médicaments et les soins physiques sont ici banalisés, ritualisés de la même façon.

Nous donnons deux autres exemples qui n'ont pas un rapport direct avec le traitement, la raison en est qu'ils participent de la même façon à figer les attitudes et les rôles.

⁺ Ecole orthogénique de Bettelheim.

"Mr V a bien mangé".

"Bonne nuit pour l'ensemble du pavillon".

On constate des faits. C'est peut-être le chemin de la chronisation de l'attitude thérapeutique. L'implication du soignant est moindre au cours des soins physiques et au moment de la distribution du traitement qu'au travers d'un dialogue. L'aspect concret et répétitif n'entraîne pas pour lui l'angoisse d'une trop grande proximité avec le malade. Dans les exemples cités plus haut, il s'agit aussi de rendre compte à l'institution de l'état des malades que l'on conserve. C'est le côté gardiennage qui apparaît.

3 - Le médicament, support de l'agressivité des soignants et des soignés.

La distribution de médicaments peut-être accompagnée d'une forte agressivité des soignants ou des soignés qui est difficilement assumée. Les termes employés sont des termes désignant l'acceptation ou le refus du traitement. Parfois, on lit clairement que tel malade a "refusé son traitement" ou bien a "bien pris son traitement". L'axe est celui de l'acceptation et du refus.

Quand Mr V. "prend ses médicaments et les jette dans la poubelle" on peut se demander qui est persécuté ? Le détail de cet incident ne montre-t-il pas tout le scandale du devenir de la bonne "nourriture médicale". Mais cette nourriture est aussi une nourriture dangereuse à prescrire, même lorsqu'elle est désirée par le malade car elle véhicule l'agressivité du pouvoir soignant.

"M... veut une injection, nous dit que Mr G... (infirmier) serait d'accord". En lisant le cahier de rapport, Mr G... ajoute sur le texte écrit : "il ne faut pas toujours croire les malades".

La responsabilité donnée à G... lui fait prendre conscience de son pouvoir. G... n'a pas supporté sa propre agressivité envers M... Il a repris ses distances.

Parfois, le pouvoir sur le malade est très bien supporté, sans angoisse, il est clairement avoué :

"Mr M... me demande de lui porter un second bol de café. J'en profite pour lui mettre discrètement 30 gouttes d'HALOPERIDOL. Signale qu'il partira demain, il a rendez-vous à PARIS".

Qu'est-ce que le projet thérapeutique ?

Nous pouvons poser dès maintenant cette question. Les diverses utilisations des médicaments nous montrent l'ambiguïté du traitement médicamenteux.

4 - La thérapeutique

L'aspect thérapeutique de la maladie mentale est parfois identifié à la prescription d'un traitement. Tout se passe comme s'il n'y avait plus de soins en dehors des médicaments. Le refus est reçu comme un échec thérapeutique. C'est le moment où le rôle médiateur de la relation soignant-soigné risque d'être méconnue. Tel malade "accepte son injection du matin, refuse celle de midi, préférant que ce soit Mr J... (infirmier) qui la lui fasse".

Le nom de l'infirmier est entouré de rouge avec un point d'interrogation. C'est bien de la relation avec J... dont il s'agit, la demande s'est exprimée par le refus de l'injection de midi.

5 - La médicalisation

Certaines décisions importantes, qu'il s'agisse d'une modification d'attitude vis-à-vis d'un malade ou d'un changement dans son emploi du temps tel que travailler aux ateliers ou changer de chambre, sont ponctuées par une modification du traitement.

Pourquoi ce recentrage sur les médicaments ?

Le soignant a-t-il besoin de se prouver à lui-même de façon concrète qu'il "fait quelque chose" ?

6 - Le désir de contrôle

"Quelqu'un a pris le traitement de K..., soit 80 gouttes de NOZINAN, plus 20 gouttes d'HALOPERIDOL, plus 10 gouttes de NEULEPTIL, plus 2 GARDENAL, plus 1 IMMENOCAL, plus 1 DISIPAL, mais nous ne savons pas exactement qui. Soupçonnons M... ou J... peut-être celui qui l'a pris dormira plus que prévu. Notez le nom si vous remarquez la dite personne".

Perte de contrôle, crainte de l'anarchie, sentiment d'insécurité, il faut renforcer la surveillance. Le détail du traitement en montre à la fois l'importance et le danger. Ici le danger est le sommeil.

II - LA NOURRITURE

C'est par ce biais que s'exprime le plus clairement l'aspect végétatif, maternel et protecteur de l'hôpital. "Les malades acceptent ou refusent leur nourriture". Le cahier en fait rapport, comme il mentionne l'acceptation ou le refus d'un médicament. Nourriture et médicaments sont interchangeable dans la relation soignants-soignés. Au niveau de la rédaction du rapport, il y a émergence de cette interchangeabilité.

Il est écrit que tel malade "a mangé" sans plus d'explication, ou bien qu'il "n'a pas mangé". La nouvelle peut avoir une telle importance que les surveillants se font l'écho de leurs collègues du pavillon, par exemple : ils rapportent que Mr A.. mange enfin normalement.

L'hôpital devient cette mère nourricière, ce gros utérus qu'on aime bien et dont on dit tant de mal.

"R.. et B.., récupérés par le coordinateur et un surveillant arrivent au pavillon à 22 heures 45, mangent un morceau et vont se coucher".

Boire, manger, dormir, est-ce là le nirvana pour ces deux alcooliques qui ne demandent qu'à être maternés.

III - LE TRAVAIL ET L'ERGOTHERAPIE

I - L'intérieur et l'extérieur.

Quand il est fait mention d'un travail d'un malade, il peut s'agir d'un travail en atelier, d'ergothérapie ou des emplois que trouvent les malades à l'extérieur de l'hôpital. Le concept "travail extérieur" peut désigner extérieur au pavillon ou extérieur aux murs de l'institution. Il peut être intéressant de définir les lieux où il se passe quelque chose et de voir comment on les désigne.

"Monsieur C.. est d'accord (aller avec lui) pour aller travailler aux ateliers extérieurs en attendant de trouver du travail extérieur".

Nous n'avons pas trouvé suffisamment de matériel pour rechercher les rapports de la structure mentale à la structure spatiale. Le mauvais intérieur que l'on projette hors de soi est désigné par des termes d'extérieur, nous en reparlerons plus loin.

2 - Occupations et thérapie.

Dans l'exemple que nous venons de citer, le travail en atelier est pris comme une étape dont le but est une resocialisation. L'ergothérapie tire sa valeur de son côté transitoire. C'est une sorte de tremplin vers le monde extérieur.

Au pôle opposé, l'ergothérapie devient du travail-occupation.

"Le Docteur B... n'a pas eu le temps de le voir, il serait souhaitable d'occuper le plus possible A. pendant la journée. Si possible lui trouver du travail aux ateliers".

Pourquoi occuper le plus possible A ? Craint-on qu'il ne devienne apathique ? Dans une institution, les malades qui ne posent pas de problème à l'équipe soignante, restent silencieux dans leur coin, un peu comme si on avait tué quelque chose en eux, entraînent parfois une attitude dépressive chez les soignants accompagnée du désir de réparer l'objet détruit. Occuper Mr A., c'est lui redonner la vie.

"Semble d'accord pour rester plus longtemps ici. D'accord pour la post-cure... en attendant ira visiter les ateliers pour en choisir un".

L'ergothérapie est prescrite comme on prescrit du Largactil. Dans cet exemple, on retrouve les deux aspects précédents, le côté tremplin de la post-cure et le côté occupationnel des ateliers.

3 - Le clivage

"Le garder au pavillon ou le faire travailler aux ateliers". (Si difficultés, augmenter le traitement). Est très souvent au pavillon gris où il s'occupe un peu trop de certaines filles, je l'informe qu'il ne doit pas s'installer qu premier, ne pas sortir sans autorisation, me promet tout ce que je veux".

Peut-on aller plus loin dans l'interprétation de l'alternative, le garder au pavillon ou le faire travailler. Nous sommes en plein dans la difficulté de la pratique thérapeutique qui vit le clivage entre l'institution totalitaire au sens que lui donne GOFFMAN et la société globale. Clivage qui passe au sein même de l'hôpital. C'est en pensant à ce clivage, irréductible selon certains, entre soignants-soignés, qui se donne ici comme une alternative : garder-travailler. Précédemment, nous parlions d'un intérieur à l'institution mais désigné comme extérieur à un lieu de cette institution : le pavillon.

4 - L'installation.

Il ne s'agit pas d'une chronicisation avec tout le côté démentiel, dégradant et incurable, mais de quelque chose qui s'organise confortablement. "On fait son trou". Nous ne voulons pas constater simplement à l'aide des cahiers de rapport, que tel ou tel malade est encore là 10 ans après son hospitalisation. Nous voudrions reposer l'alternative de la fonction thérapeutique, liée au rôle que joue l'hôpital dans la société. Le cahier de rapport explicite deux désirs opposés : lui faire accepter son hospitalisation, qu'il se sente bien à l'hôpital comme dans une vraie famille et qu'il sorte et trouve du travail.

"Semble d'accord pour rester plus longtemps ici, d'accord aussi pour la post-cure".

L'attitude adoptée ici par le malade et le médecin est ambivalente, rien n'est tranché.

"Mr S., plus ou moins calme, essaye de l'occuper un peu au niveau des ateliers (par exemple dans la confection des boîtes). On peut éventuellement

le sortir à l'extérieur, l'accompagner au marché, faire des courses et également le conduire de temps à autre chez ses parents, rester avec lui et le ramener".

On organise sa vie, on le materne, Mr S. est dépendant du milieu qui l'entoure, il a besoin de protection. L'hôpital se substitue à sa famille et à lui-même. Ce projet est à la limite anti-thérapeutique.

Certains malades ont parfois clairement exprimer leur désir, tel ce rapport sur Mr A..

"Dit avoir la ferme intention de passer sa vie ici, si j'ai laissé mon travail, ce n'est pas pour en chercher un autre".

5 - Les recherches de travail.

Les recherches sont souvent ambivalentes. Les malades qui sont hospitalisés ont presque tous de grosses difficultés d'adaptation au travail. C'est la cause de nombreuses rechutes. Tel malade est parti chercher du travail ; le rapport signale pour lui :

- "tentative de travail".

Ici l'aspect suicidaire apparaît. Ou bien, "est rentré ivre de sa recherche de travail

Parfois, on insiste ironiquement sur le côté dérisoire.

Mr B.. "ça lui donne mal aux doigts de travailler et donc revenu. La conduite peut être très ambivalente.

"Avons constacté le Docteur V..
qui est d'accord tout en pensant que cet essai
sera négatif. Ne pas faire de certificat de reprise
de travail.

N'est-ce pas aussi une conduite d'écher?

IV - REUNIONS ET ACTIVITES

Le cahier de rapport fait état des
diverses réunions et activités qui ont lieu dans
l'hôpital. Il peut les désigner de façon très
neutre, très indifférente, comme s'il s'agissait
d'un point d'information pour l'équipe. Ou bien
rappeler qu'il y a telle réunion à telle heure
dans tel pavillon et demander à l'équipe d'en-
courager les malades à s'y rendre.

Certaines activités ne sont signalées
qu'à propos d'un malade qui "a été vu par le Doc-
teur A." qui lui a accordé ou non de participer
à cette activité. A d'autres moments, on choisit
cette occasion pour parler d'un comportement.

"Journée bien remplie et assez pé-
nible au palais de l'ORTF. Nous avons ramené
250 disques, 190 en 45 tours et 70 en 33 tours.
Demain nous y retournons. B... s'est bien com-
porté, avons été bien accueillis par les res-
ponsables de la discothèque".

On indique aussi que : "G.. ne fait
aucun commentaire au sujet de la journée passée
en compagnie de Mr B... à l'ORTF".

V - ETAT PHYSIQUE

Dans le rapport, il n'est pas mentionné de façon régulière l'état physique des malades. Mais à certaines périodes difficiles, les préoccupations physiques prennent de l'ampleur. Elles traduisent alors une certaine angoisse dans l'équipe soignante et s'accompagne d'une demande d'intervention du médecin. Cette demande peut avoir l'aspect d'une préoccupation sur le bon fonctionnement du service ou sur une conduite à tenir face à une situation précise.

Pour Mr S., le conduire à la radio "lettre faite".

Pour Mr T., faut-il continuer les antibiotiques ?

Les préoccupations physiques peuvent être présentées très simplement sur le cahier, telles ces listes de température très épisodiques, il faut bien le dire. Parfois, la demande prend la forme de conseils très détaillés, avocation hygiénique concernant le pavillon entier. Nous en avons trouvé un exemple à propos d'un cas de typhoïde déclaré dans un pavillon voisin. Traduisent-elles le désir de maîtriser son inquiétude face à la mort ?

VI - RELATION DES MALADES ENTRE EUX

Le rapport fait très peu mention des relations que peuvent avoir les malades entre eux. Ce n'est guère qu'à l'occasion d'incidents, tels Messieurs A, S, C, qui "rentrent ivres" ou bien les soignants craignant qu'il arrive quelque chose notent que Monsieur A.. entrant du matin au pavillon a eu la visite dans sa chambre de Messieurs R, C et S (malades du pavillon) ou encore l'équipe de veille rapporte que Monsieur C et B se couchent à 23 heures 30 après avoir écouté quelques disques sans ajouter de commentaires ; parfois, il s'agit de la description d'une bagarre entre deux malades.

"C.. frappe R.. qui lui demandait de baisser la tonalité du poste".

"B.. a eu une attitude assez bizarre avec C.. pour un motif futile. C.. voulait laisser la porte d'entrée ouverte, pour laver l'entrée et B.. ne voulait pas, il a renversé C.. par terre et a refermé violemment la porte en coinçant la tête de C. . dans l'entrebaillement".

Il semble en fait que le cahier de rapport ne soit pas le lien de parole pour ces relations, ou bien peut-être ne sait-il pas assez écouter ?

VII - RELATION MEDECIN-INFIRMIER

Le règlement intérieur des hôpitaux prévoit un rapport dont nous avons étudié le contenu dans un chapitre précédent. Il situe l'in-

firmier et le médecin en demandeur et en répondeur. Cependant la relation est plus riche, les rôles sont interchangeables.

La demande médicale peut être explicitée de façon très claire sous forme de question "X" ne prend pas son traitement, que faire ?". Une réponse ne peut être donnée qu'au niveau du contenu latent. Mais cette question est l'amorce d'un dialogue qui bien que jamais établi sous cette forme a valeur en tant que désir thérapeutique. La parole veut émerger pour se mettre à soigner.

Le médecin intervient dans le rapport rarement là où on s'y attend. Il souligne pour renforcer la demande d'un infirmier ou pour marquer son étonnement. Ses remarques déplacent la question explicitée en ce sens elle a valeur d'interprétation plus que de dialogue.

Ce dialogue peut-il s'établir au travers du cahier ? Il ne semble pas que ce soit un lieu privilégié pour un échange verbal excepté peut-être si on prend le mot échange au sens littéral "échange de mots" qui prend ici une valeur particulière.

"X prend son traitement à une heure" dans la marge on lit "lui donner plus tôt" au dessous on lit "pas toujours facile".

L'intervention médicale peut être rassurante. Ainsi on lit sur un texte "très juste".

La perte de confiance, le sentiment d'abandon que peut éprouver l'équipe soignante à l'égard du médecin s'exprime souvent à travers le rapport sur un malade. On note que M.. qui "attend la visite du Dr K" se montre agressif, dépressif, anxieux".

VIII - OBSERVATIONS CLINIQUES

Ce sont des observations sur l'état d'un malade apportant un complément d'information sur son histoire vécue et pouvant contribuer à l'éclaircissement de la genèse de ses troubles. Elle peut traduire une grande compréhension de la part de l'infirmier, un désir réel de participer à la thérapeutique mais elle traduit souvent une certaine angoisse ressentie par l'infirmier au moment de l'entretien. L'exemple que nous citons est un rapport fait au cours de la veille.

"Monsieur très déprimé au cours de sa discussion, se met à pleurer, revit son passé, surtout son enfance, revoit sa grand-mère qui l'a élevé avec beaucoup de tendresse, sa mort". J'ai été prévenu un mois après sa mort, pourtant ce jour j'ai ressenti un choc au coeur, j'étais en Indochine, c'est depuis que je me suis mis à la boisson. Parle de la profession de ses parents, de leur suicide. Parle aussi de son oncle, 10 ans plus âgé, de leur jeunesse ensemble, leurs sentiments qui n'ont jamais été réciproques. Actuellement, cet oncle habite Dreux, ne le fréquente pas tellement, le trouve impulsif et égoïste. Quant ils se revoient, dit-il ça se termine toujours par des reproches.

Ce soir était contrarié au sujet d'une lettre que ce dernier lui a envoyé pour le remercier des vœux et aussi l'inviter car Bruno le fils adoptif le demande.

Me montre ce courrier et me dit que c'est un moyen de chantage pour le faire venir, qu'il met le gamin en jeu. "Je l'aime ce gosse, il était comme moi un petit orphelin. J'ai connu ses parents ; sa mère est morte et son père l'a abandonné." Est indécis, se demande ce qu'il va faire mais en parlera au Docteur K., aimerait s'y rendre avec une voiture de la maison et accompagné.

A sa conversation, se mêlent des histoires d'espionnage (police, politique, OAS) se couche vers deux heures avec l'Imménocet.

Le médecin du pavillon note dans la marge : très bien mais le transmettre au dossier. Ce qui lui vaut une réponse de l'infirmier. Gardez vos appréciations.

La décharge d'agressivité envers le médecin est-elle en rapport avec l'angoisse qui a motivé cette observation clinique ? La remarque faite par le médecin à cet infirmier concernait la relation entre le cahier de rapport et le dossier du malade qui ont tous les deux des fonctions différentes.

I - LES ALCOOLIQUES ET LES ETATS D'IVRESSE

Ils sont nombreux à l'Hôpital Psychiâtrique et font beaucoup parler d'eux. Ils forment un groupe, le seul qui ait un nom : "Les alcooliques". A leur intention, les médecins font des groupes thérapeutiques. Une fois sortis de l'Hôpital, il existe pour eux des associations. On ne parle jamais des "caractériels" ou des "skizophrènes". L'alcoolisme est considéré comme un symptôme chez le névrotique, le psychotique ou le toxicomane. En ce sens, l'existence même d'un groupe se définit, fait problème.

Si on essaie de les situer au sein de la vie de l'institution, ce sont des personnes qui sortent beaucoup, soit pour chercher du travail, aller en permission, voir leur famille ou simplement faire un tour. Ils sont mal tolérés par la population, du fait des nombreux incidents qu'ils provoquent. Souvent, la police doit intervenir et les ramènent en état d'ivresse. C'est alors que joue l'autorité médicale et administrative dans ses contradictions au niveau du pavillon. Cette autorité émerge dans le rapport en temps que réalité extérieure, en rupture avec la routine de la vie quotidienne. Mais "l'alcoolique" est la routine même comme les autres pensionnaires. On rapporte épisodiquement "Mr A..., Mr B..., Mr D... ivres ++ ou bien imbibés +++".

Parfois, le symptôme est moins évident, mais on s'en préoccupe au point d'en faire un rapport. Mr A... "doit boire depuis quelques soirs car on remarque qu'il a le regard vague et qu'il bafouille".

L'équipe soignante est très ambivalente à l'égard des alcooliques envers qui les processus d'identification sont fréquents. Quant l'angoisse n'est plus assymée, le rapport peut adresser au médecin une demande d'intervention en faisant ressortir le côté scandaleux ou dangereux de certaines situations dues aux alcooliques. Il faut les "arrêter", les empêcher de "se faire du mal". Toute intervention se pose là pour masquer la relation soignant-soigné.

En début de soirée

- P... et B... : "Absent cet après-midi ainsi qu'au repas, vers 11 H 45 coup de téléphone du Commissariat de St C... en disant qu'ils sont chez eux. Vraisemblablement, en état d'ébriété, seront récupérés après 22 heures par le Surveillant de nuit et le Coordinateur".

Au cours de la veille

- R... et B... : "Récupérés par le Coordinateur et un Surveillant, arrivent au Pavillon à 22 H 45, mangent un morceau et vont se coucher".

Le lendemain

- R... vient nous faire part de la décision du Dr C... de le mettre à la porte, vit cela comme un rejet... Aurait trouvé du travail à V..., comme conducteur d'engin.

Dans le premier rapport, il y a irruption de la réalité extérieure et intervention au niveau hiérarchique supérieure, à savoir des Surveillants.

Le dernier rapport se donne comme dialogue avec le médecin du Pavillon et se dénonce aussi comme processus d'évitement de la relation avec R... La dénégation du rejet facilitant la conduite d'évitement.

II - LES FUGUES

Elles sont signalées souvent à l'occasion du repas où l'on remarque les absents. On mentionne ceux qui ne sont "toujours pas rentrés". On ne s'attarde pas sur le malade absent depuis plusieurs jours. Par contre, les détails abondent pour un simple retard. Au retour d'une permission, on découvre que depuis plusieurs semaines ils ne rentraient pas régulièrement.

Le contrôle de la vie des malades peut-être souple. Il faut seulement "veiller à ce que" tel ou tel incident ne se reproduise plus ou bien Mr A... nous prévient qu'il s'absente deux jours. Le rapport prévient son contrôle et s'arrête là.

Le contrôle peut devenir très sévère, des recommandations sont strictes. "Chaque nuit, faire des rondes extérieures et intérieures dans les nouveaux Pavillons". Dans les moments difficiles, le Pavillon fait appel au Surveillant au nom du Service : "Le Service demande s'il faut aller systématiquement le récupérer après chaque fugue".

III - LE VOL ET LA DETERIORATION

Le matériel administratif détérioré : tel le mur et la fenêtre de la chambre de ce dément sont l'objet au niveau du rapport de tous les phantasmes. A propos du vol, nous avons cité dans un chapitre précédent les dangers des erreurs de traitement ?

IV - L'AGITATION

Le plus souvent, il est mentionné des faits sans grande importance, dont la seule raison d'être au rapport est qu'il faut faire un rapport.

Il nous est apparu utile pour la compréhension de faire une distinction entre altercation verbale et altercation physique. Celle-ci s'adresse aux malades ou aux infirmiers. Celle-là n'est mentionnée qu'à l'adresse du personnel soignant qui semble plus profondément touché, au fond même de sa personnalité. L'agression physique a un aspect plus anonyme, elle peut être sans partenaire : tel ce malade qui "brise la vitre de sa chambre". L'agression physique peut être rapportée comme témoin sans complicité. On note à la suite d'une dispute "échymoses de part et d'autre".

L'aspect cocasse d'une situation ou l'ironie du rapport peut justifier l'absence d'intervention."B... se couche à 3 heures, après avoir pissé sur la tête de P... qui dormait".

Un autre infirmier (l'écriture est différente) ajoute à la suite, peut-être avec la même ironie, que ce dernier (P...) a eu "du simp de CHLORAL pour se rendormir".

Intervention de l'Interne

L'infirmier peut s'abstenir de toute intervention. L'Interne n'est pas un dernier recours mais une sorte de surintervention. "M... agité, vu par l'Interne".

La relation de cause à effet implique presque que l'Interne voit tous les agités et qu'il en soit ainsi.

Intervention des malades

Dans un conflit, l'attitude d'une tierce personne peut être celle de témoin ou de complice. Chaque rôle étant interchangeable. Tel Mr C... qui le jour du Réveillon du nouvel an "a calmé les esprits échauffés au bal du Relai, bon comportement. Calmé les deux malades qui se maltraitent".

Parfois, il s'agit d'un vrai marché.

"Mr C... s'est alcoolisé, euphorique apparemment, arrivons à lui soustraire une partie d'une bouteille de vin et engageons une conversation, à la fin de laquelle Mr B... nous avouera avec quelques difficultés que Mr R... était en possession d'une arme à feu, avec laquelle il terrorisait certains pensionnaires : entre autre Mr B... B... se propose de lui reprendre discrètement cet arme et de nous la remettre".

Agression envers les infirmiers

Les agressions envers le personnel soignant sont toujours très détaillées : nous avons parlé au début de ce chapitre des nuances entre l'agression verbale et l'agression physique.

A propos de Mr N....

"Assez importante altercation à midi au sujet de la boisson. Mr M... était déjà imbibé ++. Grossièr envers les infirmiers, qui lui avaient donné 1/2 quart de vin comme à tous les autres malades. Je pense que nous pourrions éviter ces ALTERCATIONS si nous donnions à tous et tous les jours la même quantité de vin.

Essayons d'accorder nos violons".

Face à cette agression qui n'est que verbale, l'équipe a besoin de se sentir très unie.

L'Aggression d'un malade peut servir de prétexte à toute une série de revendications, qui ont leurs échos chez les Surveillants ou on peut lire ceci :

"Pavillon très perturbé, hier soir M... pénétré à l'étage casse les deux poignées d'une porte de chambre, puis enfonce celle-ci. Etait très menaçant vis-à-vis des infirmières de l'IVOIRE. Celles-ci demandent que les problèmes du Pavillon soient reconsidérés (manque de personnel, malades entrant chaque jour, présence de malades hommes perturbant le Service...)

Parler des malades, de tout ce qu'ils font, de tout ce qui leur arrive, c'est parler de leur agir. Le cahier ne parle d'eux que s'ils passent à l'acte et c'est ça le rapport. L'Agir est ailleurs, il s'échange et s'interprète plus que la parole.

SEXE ET SUICIDE

Nous mettons dans un chapitre à part les problèmes liés à la sexualité, sous toutes ses formes d'expression au sein de l'hôpital et nous associons dans le même chapitre tout ce qui concerne les tentatives de suicide ou les suicides... Nous pensons qu'il les restitue mieux dans leur position marginale.

I - INCIDENTS A CARACTERE SEXUEL

Ils sont en petit nombre. Leur côté exhibitionniste ou provocateur justifie que l'on en parle.

"B.. se couche à 3 heures après avoir uriné sur la tête de P.. qui dormait".

L'aspect provocateur ou séducteur d'un malade peut atteindre son but : faire parler de lui.

L'attitude contre transférentielle des soignants infirmiers et médecins peut alors émerger, sous la rubrique de :

" Mr C.., Mlle B, Mr B.. et Mr R..

Il est dit :

"Ont discuté assez longuement à table devant un café. Vers minuit C.. raccompagne sa pépé au pavillon V.., puis va se coucher après avoir pris son traitement. Restent B.. et R.. qui prennent leur traitement à 1 heure, puis viennent discuter avec nous.. R.. me dit être très attaché à sa pépé du pavillon G.., que s'il partait d'ici il l'emmènerait... Vers 4 heures ils vont se coucher!"

Il n'y a pas d'incident. Chacun est parti se coucher tranquillement de son côté. La raison d'un tel rapport peut se trouver dans une identification du soignant au soigné. Ce genre de rapport est rare.

Dans la marge, le médecin (une femme) entoure "pépé" et marque : "curieuse façon de parler des malades ". Elle

souligne la prise du traitement à 1 heure et ajoute "on pourrait peut-être leur donner leur traitement avant 22 heures".

L'aspect médical d'une relation est par deux fois précisé. En prenant ses distances, le médecin dévoile ses identifications.

Tout ce qui est sexuel peut justifier un rapport. La sexualité en tant que telle est menaçante ou difficile à assumer.

"B.. a été trouvé à l'étage hier soir avec la petite jeune de l'I.., qui paraît-il lui aurait fait des propositions. A été vu par le Docteur ce matin".

Le lendemain on lit :

Mr B.. reste dans le Service tout l'après-midi. Avons vu le pavillon I, sur sa demande, qui ne voit aucun inconvénient que Mlle B.. voit A.. mais aimerait savoir ce qu'en pense son médecin traitant. Nous n'avons pas eu la réponse du Dr L... Après le diner, Mlle B.. vient assister aux loisirs organisés, a une crise de larmes, prétend que A.. la laisse tomber, les infirmiers sont venus la chercher".

II - SUICIDE ET TENTATIVE DE SUICIDE

Comme le sexe, la mort est tabou. Tout ce qui la touche de près ou de loin n'est que rarement assumé. Le rapport mentionne très brièvement les décès. La proximité de la mort bloque la parole.

Par contre, lorsque la distance est suffisante, les fantasmes peuvent émerger. Les tentatives de suicide sont racontées avec d'autant plus de détails qu'elles ont peu de chances de réussir.

"C.. veut à tout pris aller à une réunion dans le hall du B. Cet après-midi dont le thème est le suicide, en parle au cours du repas, très angoissé, altercation verbale avec M.., qui reproche au Service du Dr J.. de ne pas être compétent. Il serait peut-être bon qu'un infirmier d'ici puisse assister à cette réunion à 5 heures 30".

"M.. très préoccupé, fait allusion à une discussion qui aurait^{eu} lieu avec C.. à table... On ne devrait pas permettre au malade de discuter avec le suicide parce que cela pourrait remettre en question tout ce qu'il peut ressentir.

Donc après cet accrochage, M.. pense qu'il a besoin de s'isoler pendant un certain temps et de ne plus réfléchir.

Dans cet autre exemple, le rapport dévoile le silence de "ne plus réfléchir" ou de "ne pas penser". Dans le texte ci-dessous, deux médecins en plus de l'équipe infirmière seront nécessaires pour annoncer la mort du père de M.. ainsi que plusieurs démarches après de lui.

Le Docteur A.. inscrit lui-même sur le cahier à propos de M.. "son père est mort, lui ai annoncé qu'il était sérieusement malade, a manifesté une grande émotion... a demandé une piqûre pour ne pas penser. Voir avec le Docteur E..

Les infirmiers écrivent à la suite :

"Si le Dr E.. ne lui annonce pas la mort de son père il faudra lui annoncer au plus tard demain matin..."

" Le lendemain, celui-ci (le Dr E..) lui annonce le décès de son père que d'ailleurs il semblait pressentir. A priori, il accuse bien le choc.. Il réagit assez bien.. Il n'est pas exclu que demain ou plus tard, la réaction soit différente... Semble assez déprimé, se replit sur lui-même.

"Le surlendemain... Parle du décès de son père en disant que c'est triste, jette par la fenêtre ses couvertures, ricane seul".

DEUXIEME PARTIE

INTRODUCTION

- 1 - Dans un premier chapitre, nous parlerons de l'anxiété face à la maladie mentale qui structure les attitudes tel que le sentiment de perte de contrôle de soi.
- 2 - Dans un second chapitre, nous étudierons la dualité des fonctions hospitalières qui émergent au niveau du rapport.
- 3 - Deux autres chapitres seront consacrés au point de vue du soignant et de l'interné en relation avec le rapport en tant que prise de parole.
- 4 - Un dernier chapitre sera consacré au partage des expériences.

I - Anxiété face à la maladie mentale

1/ Sentiment de perte de contrôle de soi-même.

Les attitudes négatives au développement des soins sont apparues liées à des sentiments d'anxiété : tel que le sentiment de perte de contrôle de ce qui est autour de soi et enfin de soi-même. Ce sentiment peut s'étendre aux relations avec autrui et peut s'exprimer aussi bien par la crainte de l'anarchie que par celle de voir s'installer la routine ou l'apathie au sein du personnel soignant, comme au sein des soignés.

La perte de contrôle de soi-même peut être la crainte d'être débordé par ses tendances agressives ou passives.

Le désir de conserver son contrôle est lié au doute sur sa propre identité. Plus que de devenir fou, c'est être la crainte d'être perçu comme tel qui est angoissante.

A un stade plus avancé, la perte de contrôle et la crainte de soi-même peut entraîner un sentiment de culpabilité. "C'est le problème des injections faites au malade".

2/ Négation de l'ambivalence et de l'anxiété.

Elle peut se faire en identifiant certaines difficultés vécues à leurs contingences. C'est l'attitude qui consiste à analyser les faits en terme de cause et d'effet.

3/ Pourquoi cette anxiété ?

Du point de vue de la société, l'hôpital psychiatrique a été créé comme de défense contre la maladie mentale. Défense primaire contre cette menace puisque la maladie mentale est exclue pour être enfermée dans les institutions. Ainsi, le personnel soignant doit supporter cette angoisse. Il peut se protéger en s'identifiant au règlement. Dans une certaine mesure, il peut refuser de participer au rôle répressif que lui attribue la société. A la limite, la société est le mal qui a enfermé le bien.

II - La dualité hospitalière

Le cahier de rapport donne une quantité très importante de menus détails sur la vie quotidienne des malades. Ce n'est pas sans importance pour le médecin qui soigne. Lire ces cahiers n'implique pas que l'on y trouve rapportée la vie de "fous" ou de personnes qui ne seraient plus tout-à-fait humaines. Il s'agit en fait de personnes internées momentanément ou depuis un certain temps. Une double lecture peut être faite, celle du médecin qui soigne et celle de l'interné. Nous dégageons ainsi deux points de vue, l'un médical, l'autre interné. Nous en ferons deux chapitres.

Les positions sont opposées. Le rapport thérapeutique se détache sur le fond d'un conflit, qui, à la limite, peut revêtir l'aspect d'une lutte de classe car d'un côté il y a le savoir et le pouvoir, et de l'autre, l'ignorance et la dépendance. En quelle que sorte, l'aliénation est au second degré par la maladie et par la dépossession.

Ce qui nous intéresse est de savoir comment le conflit peut être source de changement et d'évolution au niveau des structures de soins et en dépit de l'aspect irréductible des positions de chacun.

Pour enrichir notre compréhension, plusieurs grilles d'interprétation semblent nécessaires. Deux versants d'un même fait peuvent rester antagonistes sans être contradictoires. Plusieurs discours complémentaires au discours psychiatrique peuvent aider à mieux expliciter les raisons d'agir et à reprendre en charge la totalité des conditions au sein desquelles la thérapeutique et le malade travaillent à restaurer la santé.

Le cahier de rapport appartient au discours médical. Les malades n'y ont pas accès. "On parle sur eux". Le lieu de leur parole est déplacé sur le journal de l'hôpital. Qu'en est-il de ces discours ? Nous poserons seulement cette question.

Que se passerait-il si les malades avaient accès au rapport, quant bien même il ne s'agirait que de le lire. Leur journal en serait modifié certainement, mais est-ce possible ? Certaines expériences ont été faites en sens, mais jamais à notre connaissance dans un hôpital psychiatrique. Il faudrait étudier les spécificités de ce qui a été fait.

Les discours s'affrontent au sein de l'hôpital, ne serait-ce que dans le rapport thérapeutique lorsque le médecin fait connaître son interprétation au malade. Tous ses comportements ne sont pas justifiables que d'une explication en terme de pathologie. C'est la dualité des finalités de l'hôpital qui apparaît ici. La dialectique de l'Institution est irréductible à la dialectique de la guérison.

III - Le point de vue du soignant

L'hôpital est un lieu où l'on soigne, les malades sortent souvent et un certain nombre d'entre eux guérissent.

Toute interprétation au niveau de l'institution est fonction de leur souci thérapeutique. Le cahier de rapport en est un maillon important. Chaque attitude ou chaque conduite peut être pensée du point de vue de la guérison comme obstacle ou comme auxiliaire. Un tel discours doit trouver ses propres limites.

L'hôpital est un lieu où l'on parle, il peut être lui-même parole. OURY n'hésite pas à le comparer à un poème. Comme un langage, il a ses silences, le rôle du soignant est bien de rendre la parole, de la libérer. Le cahier de rapport est une prise de parole qui peut soigner. Le discours est tenu sur le malade et jamais par lui. Il est aussi silence.

Le discours du soignant est construit autour de l'opposition maladie-santé ; il vit cette dualité dans la mesure où les personnes sont hospitalisées et désirent sortir débarrassées de leurs symptômes. Sa fin est directement pratique. Tous les mots de son langage en sont imprégnés tel que "psychothérapie institutionnelle ou transfert institutionnel".

Le discours médical vise une prise de conscience chez le malade de son état. Mais avec un langage qui n'est pas le sien. Le cahier a conscience du malade avec des mots qui ne sont pas dits par lui. Mais ne faisons pas du rapport le centre de la relation soignant-soigné. La question est de savoir en quoi le cahier s'articule avec une prise de conscience. Peut-être est-il un projet d'annulation de la différence des discours médecin-malade puisqu'il se situe à mi-chemin entre le médecin et le malade.

IV - Le point de vue de l'interné

L'interné remplace le fou. Ceci n'est possible qu'à condition d'admettre un déplacement radical par rapport au discours psychiatrique. On se place d'emblée sur un plan très différent de celui des interprétations psychiatriques et psychanalytiques. Ceci entraîne une banalisation des faits quotidiens. Peut-être est-ce la seule façon pour poser d'autres questions.

Le cahier de rapport nous montre un aspect de la vie quotidienne des malades, les liens qu'ils ont entre eux, leurs conflits, leurs amitiés, leurs relations familiales, ainsi que les ponctuations du rituel quotidien par les loisirs ou les fêtes. Tout ceci, dans une apparence de désordre et de monotonie. Aucune interprétation ne peut être faite au niveau où le récit se donne en tant que contenu manifeste, mais à un niveau latent qui va restituer leurs significations aux faits observés. Pour cela il faut une référence unifiante. L'institution représente en fait l'unité d'analyse. Ainsi nous pouvons essayer de reconstruire la rationalité cachée. Cette institution est sociale et a la même structure que tout autre institution totalitaire au sens de totalisant la vie du malade vingt-quatre heures sur vingt quatre. Il est isolé du monde extérieur, vit une promiscuité, il est pris en charge dans l'ensemble de ses besoins par l'institution. Elle organise ses loisirs, ses sorties, le programme de ses activités et il est tenu à un règlement sans avoir de statut propre. Il vit sous une certaine contrainte et va se situer en rapport avec elle.

Toutes conduites du malade hospitalisé peuvent bien être interprétées en référence aux conditions d'existence aménagées par l'institution avec surtout la condition de démuné qu'elle implique.

Le malade est dans la nécessité de se défendre et de réagir contre l'image dégradante de lui-même que lui renvoie l'hôpital, il craint à sa sortie un statut d'ancien malade. Certains comportements sont des modes d'adaptation très rationnels à ces situations, compte-tenu de la situation objective dans laquelle il est. Le système de défense du malade est celui des dépossédés en situation de faire face à un manque de moyens matériels. Le sens des actions du malade est ainsi décentré par rapport au but de l'hôpital. Tel malade ira au ciné-club pour être assis confortablement. Ainsi se dénonce l'ambiguïté de sa conduite dans l'institution et par conséquent face au médecin. Aussi, l'interprétation médicale "savante" faite à propos du comportement d'un malade sans que l'information soit suffisante sur ses raisons d'agir, peut leur apparaître naïve dans la mesure où il s'agit de raisons manifestes et non latentes.

Nous retrouvons ici la nécessité de faire émerger tous les discours dans l'institution et sur elle.

Comment laisser au malade interpréter sa conduite selon sa propre culture ?

V - Le partage des expériences

L'expérience soignant-soigné est-elle réductible à autre chose que l'expérience du manque de l'autre ?

A l'adresse de l'expérience schizophrénique, LAING dit ceci :

"Aucune période de l'histoire de l'humanité n'a peut-être perdu à ce point le contact avec ce processus naturel de guérison, qui concerne certains des individus étiquetés "schizophrènes". Aucune époque ne l'a autant dévalué, aucune ne lui a opposé autant d'interdits et d'intimidations. Au lieu d'hôpitaux psychiatriques, qui sont des sortes d'usines de réparation, nous aurions besoin d'endroits où les gens qui ont voyagé plus loin et, conséquemment, sont peut-être réputés sains d'esprit, auraient la possibilité d'aller plus loin encore dans l'espace et le temps intérieurs, et d'en revenir. Au lieu du cérémonial de dégradation que constituent l'examen, le diagnostic et le pronostic psychiatriques, nous aurions besoin, pour ceux qui y sont prêts (c'est-à-dire, dans la terminologie psychiatrique, ceux qui sont au bord d'un effondrement schizophrénique), d'un cérémonial d'initiation, grâce auquel la personne serait guidée dans l'espace et le temps intérieurs par des gens qui ont déjà effectué ce voyage et en sont revenus. Du point de vue psychiatrique cela reviendrait à laisser d'anciens malades aider de futurs malades à devenir fous..."

A propos de l'expérience transcendentale, il
il ajoute :

"A partir de point de départ de notre pseudo-santé mentale, tout est équivoque. Cette santé n'est pas une vraie santé. La folie des autres n'est pas une vraie folie. La folie de nos patients est un produit de la destruction que nous leur imposons et qu'ils s'imposent eux-mêmes. Que personne n' imagine que nous rencontrons la vraie folie, pas plus que nous ne sommes vraiment sains d'esprit. La folie à laquelle nous avons affaire chez nos "malades" est un déguisement grossier, un faux-semblant, une caricature grotesque de ce que pourrait être la guérison naturelle de cette étrange intégration. La vraie santé mentale implique d'une manière ou d'une autre la dissolution de l'ego normal, de ce faux moi savamment adapté à notre réalité sociale aliénée, l'émergence des archétypes "Intérieurs" médiateurs de la puissance divine, l'aboutissement de cette mort à une re-naissance et la re-crédation d'une nouvelle fonction de l'ego, où le moi ne trahisse plus le divin mais le serve."

CONCLUSION

Nous voudrions recentrer cette étude sur le discours et la prise de parole.

Le cahier de rapport a été étudié comme un élément écrit du discours de l'Institution, mais il n'est pas seul. Le journal parle. Il y a nécessité de les situer l'un par rapport à l'autre.

Dans son projet, le cahier se donne comme discours sur l'autre, du soignant sur le soigné.

Il y a une structure juridique définie par le règlement Intérieur, ce qui l'inscrit dans le double projet hospitalier. Soigner et garder. Nous avons abordé ces deux aspects dans le Pôle médical et dans le Pôle disciplinaire.

Cette dualité est irréductible et nous amène à renoncer à un discours unique de l'Institution sur elle-même. Dépasser ces discours, c'est aménager au sein de l'Institution, des lieux de paroles sur elle-même, voire y aménager un discours extérieur, tel celui du psychosociologue. Peut-être est-ce la structure nécessaire au partage des expériences au sens de partage d'un discours sur soi-même.

BIBLIOGRAPHIE

GOFFMAN, E. : Asylums. NY Anchor Books, 1961.

Tr. fr. Asiles, éditions de Minuit, 1968.

GUATTARI, F. : La transversalité (Revue de psychothérapie Institutionnelle), 1965, n° 1.

LAING, R.D. : The divided self. Chicago, Questrangle Books, 1960. Tr. fr. Le moi divisé. Essai, stock 1970.

LAING, R.D. : The politics of experience and the birds of paradise, 1967. Tr. fr. La politique de l'expérience et l'oiseau du paradis, stock 1969.

LEVI-STRAUSS, C. : Tristes tropiques. Paris, Plon 1955.

LEVY, A. : Les paradoxes de la liberté dans un hôpital psychiatrique, Epi 1969

OURY, J. : L'ici et maintenant et la notion de lieu dans la psychothérapie institutionnelle (Revue de psychothérapie Institutionnelle), 1965, n° 1.

POWCIN, C. : Essai d'analyse structurale appliquée à la psychothérapie institutionnelle (thèse de Médecine), Nantes 1963.

POWCIN, C. : Transfert et échange en thérapie institutionnelle (Revue de psychothérapie Institutionnelle), 1965, n° 1.

RABINOVITCH, S. : Un écrit quotidien à l'hôpital psychiatrique, le rapport de service (thèse de Médecine), Paris 1968.

SARTRE, J.P. : Esquisse d'une théorie des émotions, Hermann 1939

TOSQUELLES, F. : Introduction au problème du transfert en psychothérapie Institutionnelle (Revue de psychothérapie Institutionnelle), 1965, n° 1.

VU LE DOYEN

VU LE PRESIDENT DE THESE

VU LE PERMIS D'IMPRIMER
LE RECTEUR DE L'ACADEMIE DE PARIS

FEVRIER 1971

